

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris

Par José-Fernandez VALLIN,

né à La Havane (île de Cuba),

DOCTEUR EN MÉDECINE.



PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

—

1860



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 18 août 1860,

Par JOSÉ-FERNANDEZ VALLIN,

né à La Havane (île de Cuba),

DOCTEUR EN MÉDECINE.

DE

L'EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1860

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.

	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU, Examinateur.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON, Président. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
AXENFELD.
BAILLON.
BARTH.
BLOT.
BOUCHUT.
BROCA, Examinateur.
CHAUFFARD.
DELPECH.
DUCHAUSSOY.
EMPIS, Examinateur.
FANO.
FOLLIN.

MM. FOUCHER.
GUBLER.
GUILLEMIN.
HÉRARD.
LASÈGUE.
LECONTE.
PAJOT.
REVEIL.
RICHARD.
TARDIEU.
TRÉLAT.
VERNEUIL.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MES FRÈRES.

A MES MAITRES:

MM. NÉLATON, VELPEAU, TROUSSEAU,

RICHARD.

A M. RICORD.

DE

L'EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE.

L'*exostose sous-unguéale* est une affection qui cause de vives douleurs et qui peut même rendre la marche impossible; c'est en outre une de ces affections contre lesquelles la chirurgie a une puissance réelle. Aussi, malgré le peu d'importance apparente du sujet, nous n'avons pas hésité à consacrer à son histoire les quelques pages de notre thèse inaugurale.

Rappeler les rares travaux faits sur l'exostose sous-unguéale, les discuter et les éclairer par des observations nouvelles : tel est le but que nous nous proposons.

M. Le Goupils, en 1850, a publié sur cette matière une thèse qui est devenue classique et qui méritait cet honneur; mais dix ans se sont écoulés, et de récents matériaux permettent de reprendre la question.

Nous nous empressons de faire connaître les sources qui nous ont fourni les détails que l'on trouvera plus loin. Nous citerons, outre la thèse de M. Le Goupils :

Une observation d'André, chirurgien de Versailles, publiée avec les *Observations pratiques,* 1756, page 401.

Plusieurs observations et un mémoire de Dupuytren dans la *Clinique chirurgicale,* t. II, page 115, 2e édition; 1839.

L'histoire qu'en a donnée Liston dans le *Journal d'Édimbourg,* n° 58, page 27; 1826. Travail analysé dans le *Bulletin de Férussac,* t. XIV, p. 255; 1828.

Une note de A. Cooper (traduction de Richelot et Chassaignac, p. 597).

Les opinions de M. Velpeau, émises dans la *Médecine opératoire*, tome I, page 466; tome III, page 207, et dans l'*Anatomie chirurgicale*, tome II, page 672, 3e édition.

Lisfranc, *Médecine opératoire*, tome II, page 660.

Roux, *Revue médico-chirurgicale*, février 1847.

Blandin, *Gazette des hôpitaux*, 1842, page 55.

M. Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire*, page 93, 4e édition.

M. Follin, Société de biologie, novembre 1849.

M. Le Goupils, *Revue médico-chirurgicale*, juillet 1850, et Thèses de Paris, 1850, n° 157. Il y a dans le travail de cet auteur des observations dues à Lenoir et à M. Cusco.

M. Malgaigne, *Revue médico-chirurgicale*, 1853, t. XIV, p. 368.

Une courte note sur une opération pratiquée par M. Velpeau (*Gazette des hôpitaux*, 28 juillet 1855).

M. Debrou, *Nouveau procédé opératoire pour l'exostose sous-unguéale* (*Gazette hebdomadaire*, 1860, page 355).

M. Debrou, dans une lettre qu'il nous a fait l'honneur de nous écrire, nous donne le résumé de cinq observations qui lui sont personnelles.

Une observation avec des réflexions de Hutchinson, publiées dans *The Lancet*, reproduites par plusieurs journaux français, et en particulier par *la France médicale*, 1860, page 229.

Nous devons aussi de précieux renseignements à M. le professeur Nélaton et à M. Ad. Richard.

Enfin nous publierons *in extenso* deux observations qui nous ont été communiquées par M. le professeur Gosselin, et l'histoire de deux malades opérés par M. Foucher à l'hôpital Necker.

DÉFINITION.

L'exostose sous-unguéale est une tumeur osseuse et fibreuse,

siégeant sur la dernière phalange des orteils, entre le tissu osseux auquel elle adhère par un pédicule, et l'ongle, qu'elle soulève le plus souvent.

Les particularités que nous allons signaler doivent compléter cette définition.

SIÉGE.

Et d'abord, l'exostose sous-unguéale siége-t-elle exclusivement aux doigts du pied, comme l'indique notre définition ?

Lisfranc et M. Velpeau, il est vrai, disent l'avoir rencontrée sur les doigts de la main ; mais Dupuytren et Liston, qui, dans une immense pratique, avaient porté leur attention d'une manière spéciale sur cette maladie, ne citent pas un seul exemple d'exostose sous-unguéale au membre supérieur. D'un autre côté, nous n'avons trouvé, dans les travaux postérieurs, aucune observation qui vienne à l'appui de l'assertion de Lisfranc et de M. Velpeau. Peut-être en est-il de ces exostoses comme de l'ongle rentré dans les chairs.

Parmi les orteils, c'est le gros qui est le siége de prédilection de ces tumeurs ; toutefois il n'est pas très-rare de voir l'un des autres orteils être affecté.

Ainsi Liston « a rencontré des cas dans lesquels les plus petits orteils étaient le siége de l'affection. » M. Velpeau dit : « Ce n'est pas seulement le gros orteil qui peut en être le siége ; je l'ai également rencontré sur les orteils voisins. » M. Cusco a dû faire une opération pour une exostose siégeant sur le quatrième orteil. Dans les cinq observations de M. Debrou, on voit la maladie occuper une fois le quatrième orteil, et, une autre fois, le cinquième.

M. Hutchinson pense que, 19 fois sur 20, c'est le gros orteil qui est malade.

CAUSES.

Pour l'exostose sous-unguéale, comme pour la plupart des maladies, il existe des causes prédisposantes et des causes occasionnelles. Nous renvoyons l'étude de ces dernières au chapitre que nous consacrons au *mécanisme;* nous nous occuperons seulement des premières, en vue desquelles nous examinerons l'âge, le sexe, la profession et les diathèses.

Age. La statistique nous donne les résultats suivants : de tous les sujets, le moins âgé est un petit garçon de 12 ans, opéré par M. Debrou ; la plus âgée est une malade de Dupuytren ; elle avait 27 ans. On voit par là que la maladie existe surtout pendant l'adolescence, dans une période où le développement des os n'est pas encore complet.

Sexe. Au moment où M. Le Goupils publia sa thèse, sur 17 observations, 16 se rapportaient au sexe féminin et une au sexe masculin; on devait naturellement conclure de ces chiffres, que les jeunes filles étaient infiniment plus prédisposées à cette affection que les jeunes hommes. Cette opinion est partagée en Angleterre, car, pour M. Hutchinson, il résulte non-seulement de son expérience, mais encore de celle d'un grand nombre de chirurgiens, que ces exostoses sont plus fréquentes chez les femmes ; pour sa part, il en a vu une douzaine chez des femmes, et une ou deux chez des hommes.

Nous admettons volontiers, d'après les cas rapportés, que l'exostose sous-unguéale existe plus souvent chez la femme que chez l'homme ; nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire remarquer que l'influence du sexe ne nous paraît pas aussi grande qu'on l'avait dit : car l'opéré de M. Malgaigne était un homme; parmi les 3 ou 4 opérés de M. Nélaton, il y a au moins un jeune homme ; parmi les 2 opérés de M. Foucher, il y a un jeune garçon de 17 ans;

M. Debrou a vu, sur 5 opérés, 3 hommes, et enfin les deux malades de M. Gosselin étaient des hommes.

Ces derniers chiffres modifient d'une manière sensible ceux qu'avaient obtenus MM. Le Goupils et Hutchinson. Pourquoi des observations nouvelles ne viendraient-elles pas les renverser complétement ? Ainsi disparaîtrait la prétendue prédisposition du sexe féminin, prédisposition singulière, dont nous ne saurions donner une bonne explication.

Profession. Dans les observations où la profession est indiquée, on trouve que les malades étaient lingères, couturières, blanchisseuses, domestiques. Nous croyons qu'il faudrait bien se garder d'en conclure que ces professions prédisposent à l'exostose sous-unguéale. Les malades dont il s'agit étaient à l'hôpital ; c'étaient des ouvrières ; les professions indiquées sont celles qu'exercent le plus fréquemment les jeunes filles de cet âge. Du reste, un des opérés de M. Foucher était fondeur en caractères ; un de ceux de M. Nélaton était étudiant ; ceux de M. Gosselin étaient, l'un ouvrier en cuirs vernis, et l'autre cordonnier.

Diathèses. Les maladies du système osseux existant le plus souvent avec la syphilis, la scrofule, etc., les observateurs n'ont pas négligé de rechercher ces causes chez leurs malades. Or, dans l'histoire de la maladie, on trouve presque toujours : *bonne constitution ; pas de syphilis.*

C'est assez dire que l'affection paraît se développer en dehors de toute influence morbide générale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous étudierons d'abord l'apparence extérieure des exostoses sous-unguéales, puis leur structure et leurs rapports avec le tissu osseux normal, et enfin les altérations que subissent l'ongle et les parties voisines.

Apparence extérieure. Le volume de ces tumeurs est très-variable : tantôt il ne dépasse pas celui d'un pois ; d'autres fois il égale celui d'une cerise, d'une aveline et même d'un marron. Le volume n'est pas subordonné à l'orteil qui est le siége de la maladie, car M. Debrou a observé sur le cinquième orteil une exostose grosse comme une cerise.

L'aspect en est bien différent, suivant que la tumeur a été ou non enflammée.

En l'absence de toute inflammation, elle paraît être recouverte par une peau analogue aux téguments, ou par une pellicule d'un brillant rosé. Mais il est rare que le chirurgien intervienne à cette période du mal ; il n'est appelé qu'à la suite de souffrances plus ou moins prolongées, c'est-à-dire après que le contact de l'ongle avec la tumeur l'a plus ou moins irritée. L'apparence alors est bien changée : ce sont des fongosités rouges, qui saignent, qui suppurent ; quelquefois très-volumineuses, elles recouvrent l'ongle de diverses manières. Dans un cas, le tissu avait un aspect squirrheux.

On aurait tort, selon nous, de croire que ces fongosités tiennent à la nature de l'exostose ; elles ne sont, ainsi que nous espérons le démontrer pour la douleur, qu'un effet de l'inflammation, inflammation qui ne se produit qu'au moment où la tumeur a fait assez de progrès pour que l'ongle presse sur elle.

Sur un gros orteil affecté d'exostose sous-unguéale, M. Foucher a noté une production épidermique grise, formée d'écailles, indolente, mobile, développée près de l'ongle, tout à fait indépendante de l'exostose encore très-petite.

Structure. La tumeur se compose d'une partie dure et d'une partie molle. Cette dernière est constituée par le périoste, qui a conservé son épaisseur normale, ou qui, dans d'autres cas, a subi une hypertrophie telle qu'il forme à lui seul presque toute la tumeur. C'est donc le plus souvent du tissu fibreux ; rarement on a trouvé un tissu fibro-cartilagineux.

Les fongosités dont nous avons parlé sont un accident inflammatoire ; constituées par des bourgeons charnus, elles ne méritent pas que nous nous y arrêtions plus longtemps.

L'examen micrographique des parties molles de l'exostose n'a pas été fait ; c'est une lacune que nous regrettons de ne pouvoir combler.

On ne peut établir aucun rapport constant entre la quantité du tissu fibreux et celle du tissu osseux. Certaines tumeurs sont surtout fibreuses, d'autres surtout osseuses. Une tumeur grosse comme une cerise a laissé une pièce osseuse du volume d'un noyau de cerise.

Aucun des deux éléments n'a jamais fait défaut.

La portion dure ou osseuse est au centre de la tumeur ; recouverte par les parties molles, elle surmonte la phalangette comme une apophyse naturelle ; sa forme est celle d'une pyramide, d'un tubercule ou d'un champignon.

Elle doit être rangée parmi les exostoses épiphysaires. Le plus souvent une coque de tissu compacte, plus ou moins épaisse, limite l'exostose à sa périphérie ; M. Le Goupils a vu, dans un cas, les fibres osseuses plonger individuellement dans un tissu squirrhoïde sans lamelle périphérique.

Toujours l'exostose était constituée par du tissu spongieux, mais à des degrés différents de condensation, suivant les exostoses ou même suivant divers points d'une même exostose.

Aussi, bien que le plus souvent cette exostose ne soit pas dure, et qu'elle puisse être facilement traversée, coupée, enlevée par un fort bistouri, il arrive quelquefois qu'elle est très-dure, et qu'il faut avoir recours, pour pouvoir l'enlever, à des instruments plus solides, tels que la gouge et le maillet.

Suivant Blandin, ces exostoses prennent naissance dans le périoste, et ce n'est qu'à une époque plus avancée de la maladie que le petit noyau osseux, d'abord libre, se soude avec la face dorsale de la phalange unguéale. Quoi qu'il en soit de cette opinion, sur laquelle nous reviendrons à propos du mode de développement,

l'exostose a toujours été trouvée adhérente au tissu osseux de la phalange.

Ce *pédicule* a des formes variables : tantôt c'est un collet rétréci; tantôt c'est une large base, à partir de laquelle la tumeur va diminuant de volume. Au point d'implantation, on a constaté une continuité entre le tissu de la phalange et le tissu de l'exostose. Le premier semble se prolonger sans ligne de démarcation distincte.

Mais quel est le point d'insertion du pédicule sur la phalange?

La solution de cette question est fort importante; car l'anatomie pathologique doit ici nous servir à poser un précepte chirurgical.

On s'en était peu préoccupé, jusque dans ces derniers temps; d'après M. Le Goupils, « l'exostose est ordinairement plus ou moins voisine de l'extrémité phalangienne, plus ou moins latérale par rapport à l'os. » C'est, comme on le voit, assez vague. M. Debrou, dans le but de faire prévaloir un nouveau procédé opératoire, a dû être plus précis. Voici ce qu'il a écrit à ce sujet : « Le lieu d'implantation est toujours le sommet de la phalange. Les observations indiquent à peu près cette particularité, qui est plus visible sur les dessins qu'on a donnés de la maladie, qu'elle n'est précisée dans les descriptions. Mais mes propres observations, qui sont au nombre de cinq, me font regarder le fait comme constant. La phalangette peut être divisée en trois parties : une *base,* qui est articulée en arrière avec la phalange correspondante; un *sommet,* qui est libre et renflé en rondache, ou en forme de fer à cheval; un *col,* qui joint ces deux parties..... Je dis que c'est sur le sommet exclusivement, ou mieux sur l'un des deux renflements, qui forment le sommet à la manière d'un fer à cheval, que s'implante l'exostose (et c'est pourquoi elle se montre sur l'un des côtés de l'ongle)..... J'avoue que je n'ai pas de raison théorique à donner pour faire admettre que le sommet de la phalangette est le lieu exclusif d'implantation..... Je crois que ce fait sera un jour reconnu. Le dessin donné par M. Le Goupils montre parfaitement le mode d'insertion que j'indique, et cette insertion était la même chez la jeune fille que j'ai opérée.

Dernièrement, j'ai vu un cas dans lequel la tumeur était si grosse (comme un marron), et paraissait tellement recouvrir l'articulation, que le chirurgien crut un moment qu'il serait obligé de couper dans la continuité de la phalange métacarpienne ; il se contenta toutefois de désarticuler : et la pièce qui est entre mes mains montre que, même en ce cas, l'exostose, qui est énorme, s'insérait exclusivement sur le sommet..... Enfin je possède encore une pièce très-curieuse, d'une exostose volumineuse de la dernière phalange du cinquième orteil. Or, même sur une si petite phalange, l'exostose, dont la partie osseuse seule est deux fois grosse comme la phalangette tout entière, s'implante très-exactement sur le sommet. »

M. Debrou dit qu'il n'a aucune raison théorique pour faire admettre que le sommet de la phalangette est le lieu exclusif d'implantation ; M. Hutchinson va lui en fournir une. Cet auteur admet aussi que la tumeur s'implante toujours au sommet de la phalangette, et il en donne l'explication suivante : l'exostose sous-unguéale est de la même nature que des oxostoses se développant sur la ligne âpre du fémur et sur les bords de la coulisse bicipitale de l'humérus : un des caractères de ces tumeurs est d'être très-fréquentes sur une surface naturellement rugueuse et irrégulière ; très-rares au contraire sur une surface lisse et arrondie : or l'extrémité unguéale des orteils est rugueuse.

Nous admettons cette explication, n'ayant aucune raison pour la rejeter; mais, soit qu'on l'admette, soit qu'on la rejette, on doit, ce nous semble, adopter l'opinion de M. Debrou, qui est l'expression des faits.

Nous devons cependant faire observer que M. Velpeau a écrit que cette tumeur se montrait parfois vers le milieu ou plus près de la racine de la phalange ; que Lisfranc s'exprime en termes analogues ; et que la déformation de l'ongle semble indiquer dans une ou deux observations que l'exostose siégeait un peu en arrière ; nous n'accordons à cette dernière remarque qu'une faible valeur.

Le plus souvent l'exostose siége sur le côté externe de la face

unguéale de l'orteil ; ce serait donc sur l'externe des deux renflements qui forment le sommet de la phalange, que s'implanterait l'exostose.

L'*ongle* et les *parties voisines* présentent diverses altérations. Pendant un temps, dont nous ne pouvons fixer la durée, l'exostose sous-unguéale existe sans produire d'accidents ; mais, quand elle a acquis un certain degré de développement, elle rencontre l'ongle, et, agissant comme un corps étranger, elle tend à le soulever et à lui imprimer une direction vicieuse.

L'ongle est déjeté d'un côté ou de l'autre ; il peut être bombé dans une partie de son étendue. Lorsqu'il est soulevé en avant, son extrémité fixe comprime les parties molles. Le tissu unguéal s'altère : il devient jaune foncé ou bien il se décolore ; il est aminci et même perforé.

La plupart des malades excisent la partie de l'ongle qui correspond à l'exostose ; il en résulte des aspects différents, tenant à la manière dont l'excision a été faite.

Mais ce n'est pas impunément que l'ongle entier ou excisé est en contact avec l'exostose ; la partie superficielle de la tumeur s'enflamme : de là ces fongosités que nous connaissons déjà ; de là l'induration des parties voisines et des ulcérations. De petits abcès peuvent se former. La matrice de l'ongle ne reste pas toujours étrangère à ce travail inflammatoire : ce sont alors tout à la fois les lésions de l'ongle rentré dans les chairs et de l'onyxis.

NATURE ET DÉVELOPPEMENT.

En examinant les causes prédisposantes, nous avons montré que toute maladie générale devait être considérée comme étrangère au développement de l'exostose sous-unguéale ; nous n'avons accordé aucune influence au sexe ni à la profession. Reste donc l'âge auquel se montre cette maladie.

Les sujets sur lesquels on a rencontré l'exostose ont de 12 à 27 ans; ils se trouvent dans la période de la vie pendant laquelle les os subissent un accroissement plus ou moins considérable. La plus importante des causes prédisposantes, la seule peut-être que l'on doive admettre, c'est l'adolescence; c'est le travail organique dont le système osseux est le siége en ce moment.

L'exostose sous-unguéale serait donc une déviation, une exagération d'un état normal.

Cette déviation du travail normal peut exister sur d'autres parties du corps; mais on la trouve sur la dernière phalange des orteils bien plus fréquemment qu'ailleurs.

En recherchant quelle est la cause occasionnelle qui fixe pour ainsi dire sur les orteils la manifestation d'une cause prédisposante qui est la même pour tous les os, on ne trouve que l'usage d'une chaussure trop étroite.

Cette explication ne satisfait pas complétement notre esprit, car la prédisposition existe pour tout le monde, et certainement il n'y a aucun rapport à établir entre la fréquence de ces exostoses et l'emploi de souliers étroits.

Les malades ont quelquefois attribué le début de la maladie à une violente contusion de l'orteil affecté. Il est certain que cette cause n'a existé que dans des cas peu nombreux.

La tumeur se développe-t-elle d'abord dans le périoste, ainsi que le pensait Blandin? La fusion avec la phalange ne se fait-elle qu'après que l'os nouveau a acquis un certain volume, un certain degré d'organisation? Les observations ne nous apprennent rien à ce sujet, et nous n'aurions, pour résoudre cette question, que les connaissances générales sur le développement des exostoses.

Il est à noter que c'est toujours sur la face dorsale qu'ont existé les tumeurs dont nous faisons l'histoire.

SYMPTÔMES.

Quand les malades commencent à éprouver de la gêne pendant

la marche, la tumeur a toujours un volume qui la rend apparente. Il faut en conclure que l'exostose sous-unguéale n'est pas douloureuse; qu'elle n'est pas douloureuse par elle-même, pas douloureuse de sa nature. Les souffrances qu'elle cause n'existent qu'à partir du jour où l'ongle presse sur la tumeur; elles sont la conséquence de cette pression.

Ce contact irrite les parties molles de la tumeur comme l'ongle irrite les parties voisines, quand il rentre dans les chairs: les lésions reconnaissent la même cause, elles sont les mêmes; dans les deux affections, les symptômes fonctionnels sont semblables.

Le malade marche difficilement; il ressent des douleurs plus ou moins vives, qui cessent ou persistent pendant le repos, mais que les mouvements du pied exaspèrent presque toujours, surtout quand le pied appuie sur un sol inégal ou quand il heurte contre un obstacle.

Les douleurs sont quelquefois si atroces, que les malades sont dans l'impossibilité de marcher. En coupant l'ongle dans la partie qui recouvre la tumeur, on peut calmer les douleurs pendant quelque temps, jusqu'à ce qu'un nouveau contact ait lieu.

Outre la douleur au niveau de la tumeur, il peut en exister une autre au niveau de la matrice de l'ongle : elle est due à la pression exercée par l'ongle qui, soulevé à la partie antérieure, éprouve un mouvement de bascule, ou bien à l'inflammation elle-même de cette portion de l'orteil.

La tumeur se présentera au chirurgien sous des aspects différents quant au volume et à la couleur; nous en avons suffisamment parlé dans l'anatomie pathologique.

Dans le même chapitre, nous avons exposé ce qui a rapport aux altérations et aux déformations de l'ongle, aux fongosités et aux ulcérations de la tumeur ou des parties molles environnantes.

Les deux grands caractères physiques de l'exostose sous-unguéale sont la dureté et l'immobilité.

La dureté n'existe pas toujours à la superficie de la tumeur; mais en pressant avec le doigt, on arrivera constamment à constater un noyau dur et osseux.

Quant à l'immobilité, elle n'a jamais manqué dans les exostoses dont on a rapporté l'histoire ; car toutes avaient un pédicule.

DIAGNOSTIC.

A ces deux derniers caractères, qui, réunis, sont pour ainsi dire pathognomoniques, on pourrait joindre le suivant : si on promène le bout d'un corps effilé sous l'extrémité libre de l'ongle, comme pour la nettoyer, on est bientôt arrêté par un tubercule résistant qui soulève l'ongle ; c'est l'exostose elle-même qui fait obstacle.

La présence d'un corps étranger pourrait induire en erreur un chirurgien et un malade tout à fait inattentifs.

Le phlegmon sous-unguéal et un abcès ayant le même siége ne seront pas confondus avec l'exostose, à cause de leur marche rapide : l'ongle du reste serait soulevé en entier et non partiellement ; il ne serait pas déjeté d'un côté ou de l'autre, ainsi qu'on l'observe le plus souvent dans le cas de tumeur osseuse.

La seule affection qu'il serait jusqu'à un certain point permis de ne pas distinguer de l'exostose, ce serait l'ongle rentré dans les chairs. Nous voulons dire par là que, les lésions de l'onyxis accompagnant le plus souvent ces sortes de tumeurs, le chirurgien pourrait ne voir qu'un ongle rentré dans les chairs, là où il y a en même temps une exostose sous-unguéale. L'erreur sera difficile pour un praticien prévenu, qui n'ignorera pas jusqu'au nom de la maladie. Il pourra sans peine, en supposant que la déviation de l'ongle n'existe pas ou passe inaperçue, constater la présence d'une tumeur ; il en reconnaîtra la nature à sa dureté et à son immobilité.

MARCHE ET PRONOSTIC.

Il est impossible de savoir et d'indiquer le temps que la tumeur met à se développer jusqu'au contact de l'ongle ; car aucun signe

n'en peut faire soupçonner l'existence dans cette première période. L'accroissement de l'exostose, à partir du jour où elle est apparente, est subordonné à certaines circonstances, parmi lesquelles il faut surtout mentionner la manière de couper l'ongle, et la fatigue plus ou moins grande que le malade aura à supporter. En retranchant la partie de l'ongle correspondant à la tumeur, on supprime l'irritation aussi longtemps que l'ongle met à repousser, jusqu'à un nouveau contact; d'un autre côté, un malade qui gardera le repos aura des accidents bien moins graves et bien moins rapides que celui qui persistera à marcher, malgré la gêne et la claudication.

L'opérée d'André était très-maigre et très-pâle, souffrant depuis trois ans, ne pouvant se chausser, marcher, dormir ni manger.

C'est, en somme, une affection sérieuse, parce qu'elle exige une opération sanglante, pouvant entraîner à sa suite toutes les complications d'une plaie.

TRAITEMENT.

La gravité des accidents produits par l'exostose sous-unguéale ne doit laisser aucun doute sur la nécessité d'en débarrasser les malades. Le traitement est exclusivement chirurgical : plusieurs méthodes ont été employées ; nous les étudierons dans l'ordre suivant :

1° Destruction de la tumeur par les caustiques et la ligature.
2° Abrasion de la tumeur, l'ongle étant conservé.
3° Abrasion de la tumeur, l'ongle étant enlevé.
4° Abrasion de la tumeur, avec cautérisation consécutive.
5° Désarticulation de la phalange.
6° Amputation de la phalange dans sa partie moyenne.

1° *Caustiques et ligature.* André, à qui nous devons la première observation d'exostose sous-unguéale, ne se doutait guère de la nature de la maladie qu'il avait à soigner; il ne vit « qu'une excroissance ulcérée sous l'ongle du gros doigt du pied, » et fit plusieurs

cautérisations avec l'eau mercurielle. La tumeur se détacha; elle contenait une portion osseuse. André pense « qu'elle était unie à l'os sain par une *symphyse avec moyen.* » Quelles étaient les connexions de la tumeur avec la phalange ? Il est difficile de le préciser; mais le succès obtenu par André n'a encouragé personne à faire usage des mêmes moyens.

Des cautérisations ont été faites d'une autre manière : on voit, dans plus d'une observation, les médecins, ignorant la structure de ces tumeurs, les cautériser avec le nitrate d'argent, avec l'alun; la ligature a été employée une fois dans les mêmes circonstances.

Il est inutile d'ajouter que les patients n'ont retiré aucun bénéfice d'un pareil traitement.

2° *Abrasion de la tumeur, l'ongle étant conservé.* Cette méthode est celle de Dupuytren, qui s'exprime ainsi : « Le seul moyen de débarrasser les malades des incommodités auxquelles donne lieu cette exostose consiste dans son extirpation complète. L'enlèvement de l'ongle est quelquefois nécessaire; *dans le plus grand nombre des cas, il est inutile.* A l'aide d'un bistouri, on fait de chaque côté de l'ongle une incision demi-circulaire. Ces incisions mettent à découvert et cernent la tumeur osseuse; alors, avec le bistouri ou avec la gouge et le maillet, on enlève l'exostose. Il ne faut pas se borner à retrancher le sommet, car alors le mal se reproduirait. J'ai eu occasion d'extirper au moins une trentaine de ces sortes de tumeurs, et j'ai toujours obtenu, par ce moyen, la guérison complète des malades. »

Au lieu du bistouri ou de la gouge et du maillet, A. Cooper se servait d'une scie. P. Boyer, dans un cas, a employé les ciseaux courbes pour enlever la tumeur mise à nu. M. Velpeau fait sauter l'exostose en agissant avec le bistouri comme avec un canif dans l'action de tailler une plume. Roux conseillait d'abattre la tumeur soit avec une petite scie, soit encore et mieux avec une tenaille incisive.

3° *Abrasion de la tumeur, l'ongle étant enlevé.* On voit par là que différents instruments peuvent convenir à l'abrasion de l'exostose mise à nu; mais, pour la découvrir, convient-il d'enlever l'ongle?

Dupuytren regarde cette opération préalable comme inutile dans le plus grand nombre des cas. M. Velpeau veut qu'on procède d'abord à l'arrachement de l'ongle par le même procédé que pour l'onyxis, avec cette différence qu'il n'est pas indispensable ici d'anéantir la racine de l'ongle. Blandin agissait de même. « Le malade étant couché sur un lit, un aide écarte les orteils; le chirurgien saisit, de la main gauche, le gros orteil par sa face plantaire, et, muni de ciseaux pointus un peu forts, il divise l'ongle d'avant en arrière, à peu près sur sa partie moyenne. Il saisit ensuite, au moyen de pinces à disséquer, chacune des deux portions de l'ongle divisé, et, les renversant sur elles-mêmes de dedans en dehors, les sépare des parties molles. »

Quand Lisfranc employait ce procédé, il jugeait convenable, contrairement à M. Velpeau, de détruire l'ongle jusqu'à la racine, attendu que le nouvel ongle se formant de toutes pièces, il s'accroît d'une manière vicieuse, incommode, douloureuse, et que ces états persistent après son entière formation.

4° *Abrasion de la tumeur avec cautérisation consécutive.* La crainte de la récidive, après l'abrasion, a inspiré les trois procédés qu'il nous reste à faire connaître. Or ces récidives, que Dupuytren n'a jamais vues, ont été constatées dans la pratique de Liston et de M. Velpeau. Le professeur de la Charité, au rapport de M. Follin, a vu plusieurs fois les exostoses sous-unguéales récidiver. En attendant que nous nous expliquions sur la réalité et la signification de ces récidives, nous dirons que, pour les éviter, M. Velpeau recommande de porter le cautère actuel dans le fond de la plaie, pour détruire complétement le pédicule. Ce complément de l'abrasion, indiqué, mais non pratiqué par Dupuytren dans sa 4e observation, a été adopté par

P. Boyer, Blandin et Roux. Au cautère actuel, on pourrait substituer différents caustiques, et en particulier une rondelle de pâte de Canquoin.

5° *Désarticulation de la phalange.* Liston, nous l'avons dit, avait été témoin d'un cas de récidive après l'abrasion; c'était sur son premier malade. Depuis, « j'ai l'habitude, dit-il, de conseiller, et, lorsque c'est accepté, de pratiquer l'amputation dans l'article, entre la première et la seconde phalange (il s'agit du gros orteil), opération plus facile à faire et plus convenable, plus rapide que la section de l'os. Il n'en résulte aucune claudication. La maladie est d'une nature si gênante que les malades s'y soumettent en général aisément. L'amputation de l'os entier me paraît préférable à toute autre tentative pour exciser la partie malade, parce qu'elle est moins douloureuse, plus certaine, et ne présente pas plus d'inconvénients. »

Lenoir, sans connaître la pratique du chirurgien anglais, a proposé, de son côté, de faire la désarticulation ; il paraît avoir été conduit à cette pratique par un cas de mort qu'il avait observé dans le service de Blandin à la suite de l'ablation. — Ce motif n'est guère valable, car, ainsi que le fait remarquer M. Debrou, si on avait opéré une aussi grand nombre de malades par désarticulation que par abrasion, il est probable qu'on aurait vu la mort survenir aussi souvent avec le premier procédé qu'avec le second. Il est vraisemblable que la désarticulation est plus dangereuse que l'abrasion; mais la mort est un fait tellement exceptionnel qu'elle ne doit pas entrer en ligne de compte dans le choix du procédé opératoire. Et, du reste, la mort n'est-elle pas survenue à la suite de l'avulsion d'un ongle incarné, à la suite d'opérations plus simples encore?

Un seul motif peut faire préférer la désarticulation à l'abrasion, c'est la crainte de la récidive.

Le travail de M. Le Goupils a été écrit surtout pour la défense de la désarticulation.

6° *Amputation de la phalange dans sa partie moyenne.* Tel était l'état de la question, lorsque M. Debrou a publié le très-intéressant article que, plusieurs fois déjà, nous avons eu l'occasion de citer. L'habile chirurgien d'Orléans s'attache à prouver que l'exostose s'implante toujours sur le sommet de la phalange; que ce sommet est séparé de la base de la phalange par une partie rétrécie, véritable col, qui, sur le gros orteil d'un adulte vigoureux, mesure 10 millimètres au moins. On a donc à peu près 1 centimètre d'espace entre le lieu d'implantation et la base, et il est facile, par conséquent, d'enlever la tumeur, en faisant une section au milieu du col. M. Debrou présente sur l'abrasion et la désarticulation les remarques critiques suivantes : après l'abrasion, Liston et M. Velpeau ont observé la récidive ; si l'emploi de la gouge et du maillet est le moyen d'assurer une guérison complète, cette ressource est illusoire, aussi bien que le serait le cautère actuel. Il suffit de considérer une phalangette, même du gros orteil, sèche et privée de toute partie molle, pour se convaincre, en tenant compte du peu de volume de son col et de son sommet, qu'on ne peut pas faire manœuvrer une gouge sur des parties si grêles. Ou bien on brisera l'os, ou bien on n'en extraira rien. Le cautère actuel lui-même agira trop ou n'agira pas assez.

En définitive donc, l'abrasion ne vaut pas la désarticulation, qui a au moins l'avantage de donner une guérison certaine.

Mais cet avantage n'est pas acheté sans inconvénient. Après l'opération de Liston, il est évident que le gros orteil a perdu la moitié environ de sa longueur, et que sa mutilation doit rendre la marche moins facile et un peu moins sûre. La base de la phalangette qui s'élargit pour s'articuler avec la première phalange contribue à transmettre le poids du corps dans la station, et l'on ôte un moyen d'appui en l'enlevant. En outre, en coupant les tendons extenseurs et fléchisseurs, comme cela a lieu dans la désarticulation, on s'expose à des inflammations remontant le long des gaînes synoviales.

Pour éviter ces inconvénients, M. Debrou a fait la section de la

phalangette à l'union de son col avec sa base, sans désarticuler par conséquent. De cette façon, il a enlevé l'exostose entière avec sa racine et la portion d'os qui la supportait; il a laissé en place l'os et il a respecté l'articulation et les tendons.

Le procédé opératoire est le suivant : on fend l'ongle d'avant en arrière avec une paire de ciseaux aigus, et l'on arrache les deux moitiés de l'ongle avec une pince; ensuite, avec un bistouri droit et pointu, on fait une incision sur le dos de la phalange, à la place où était l'ongle, et l'on prolonge en avant cette incision sur les côtés de la tumeur, de manière à circonscrire et à déchausser le sommet de la phalangette; alors, avec la pince de Liston, on rompt l'os au ras de sa base, et l'on retire ce qui est en avant et qui porte la tumeur. Il en résulte une plaie creuse qu'on ne doit pas chercher à réunir par première intention. Il faut attendre que les bourgeons charnus la comblent, afin de conserver à l'extrémité du doigt sa largeur et pour que l'ongle, en repoussant, puisse s'y étaler.

Remarques sur les procédés opératoires.

S'il nous était permis, après les grands noms que nous avons cités dans ce travail, de donner notre propre opinion, nous ferions quelques remarques sur les procédés opératoires.

Les caustiques seuls, sans autre opération, doivent être rejetés, parce que, s'ils sont violents, ils ne peuvent amener la guérison que d'une manière lente et fort douloureuse; et, s'ils sont faibles comme le nitrate d'argent, ils sont incapables de guérir la maladie, qu'ils exaspèrent le plus souvent.

Acceptant les idées de M. Debrou, nous reprochons à la désarticulation de priver le pied et le corps tout entier d'un point d'appui essentiel, et d'exposer à l'inflammation des gaînes synoviales; nous admettons aussi que la récidive a pu être la suite de l'abrasion, et que l'emploi de la gouge et du maillet ou du cautère actuel, pour la prévenir, n'a qu'une action douteuse.

Mais, partant de ce fait démontré par M. Debrou, à savoir : que le point d'insertion de l'exostose est toujours et exclusivement le sommet de la phalangette, nous pensons que, pour éviter toute récidive, il suffit d'enlever ce sommet, et que toute abrasion bien faite amènera nécessairement une guérison définitive.

Or, moins les pertes que nous ferons subir au tissu osseux et aux parties molles seront grandes, plus nous aurons de chances d'obtenir une plaie facile à guérir, de conserver au gros orteil sa forme primitive, de laisser à l'ongle une place suffisante pour que sa déformation soit évitée.

Aussi, au lieu de faire l'incision près de la matrice unguéale, nous la ferons immédiatement en arrière de la tumeur, qui sera notre seul guide ; au lieu de rompre l'os au ras de sa base, nous le couperons avec des cisailles tout près du sommet, n'ayant qu'un souci, celui d'enlever ce sommet.

Nous donnons donc la préférence à l'abrasion ainsi pratiquée : c'est le procédé de Dupuytren un peu modifié. Nous n'hésitons pas à mettre sur le compte d'opérations incomplètes les récidives signalées par quelques auteurs.

La cautérisation consécutive est inutile.

Touchant l'avulsion de l'ongle, nous pensons qu'elle est indispensable, dans certains cas, lorsque le tissu unguéal est profondément altéré, ou bien lorsqu'il y a onyxis ; mais, si nous pouvons circonscrire la tumeur sans enlever l'ongle en entier, nous n'en exciserons qu'une portion et nous le laisserons intact, à l'exemple de Dupuytren, s'il ne nous gêne pas pour les incisions que nous aurons à faire.

La plaie doit suppurer et se combler par des bourgeons charnus.

La direction de l'ongle doit être attentivement surveillée.

Ce que nous venons de dire ne se rapporte qu'au gros orteil ; pour les autres, l'exiguïté des phalangettes d'un côté, et de l'autre, le peu d'importance de leur rôle physiologique, rendent leur conservation difficile et inutile ; d'accord en cela avec tous les chirurgiens, nous conseillons la désarticulation de la petite phalange.

Ce travail était terminé, lorsque nous avons lu dans la *Gazette hebdomadaire* (1860, p. 453) une note de M. Letenneur, de Nantes, publiée à propos de l'article de M. Debrou.

M. Letenneur pense que les différents procédés peuvent convenir dans des conditions données : la méthode qu'il emploie le plus volontiers est l'*abrasion ;* deux fois la *cautérisation* lui a donné de bons résultats.

Nous nous contenterons ici de faire observer que M. Letenneur s'est servi de la gouge et du maillet pour détacher la tumeur ; nous croyons que la pince incisive est préférable.

Les cas de cautérisation prouvent, une fois de plus que, ce procédé est plus long et plus douloureux que toute opération avec l'instrument tranchant.

Observations inédites.

M. le professeur Gosselin a eu l'extrême obligeance de nous communiquer les deux observations suivantes :

OBSERVATION Ire.

G..... (Alexandre), ouvrier en cuirs vernis, âgé de 14 ans, entré le 16 août 1858 à l'hôpital Cochin (service de M. Gosselin), a reçu, il y a environ un an, un moellon sur le gros orteil du pied gauche. Il enleva la moitié interne de l'ongle, qui était cassée. Quelque temps après, comme le frottement de son soulier le faisait beaucoup souffrir, il remarqua, en dedans du gros orteil, une petite tumeur qui soulevait l'ongle à sa partie interne ; cette tumeur s'est toujours accrue au point de gêner la marche, sans cependant la rendre impossible.

Aujourd'hui on remarque une petite tumeur aplatie à sa partie interne ; elle n'est pas adhérente à l'ongle, est immobile, et semble être intimement unie à la phalangette. Cette tumeur a un aspect et

une consistance cornés, elle est douloureuse à la pression. On ne voit aucune suppuration à sa surface, et elle se compose, en réalité, de deux portions, l'une sous-unguéale que soulève le côté interne de l'ongle, et l'autre libre, confondue avec la peau au devant et en dedans du bord libre de l'ongle.

18 août. Le malade étant endormi par le chloroforme, M. Gosselin lui pratique l'opération suivante: 1° Enlèvement total de l'ongle; 2° deux incisions qui circonscrivent la base de la tumeur ; 3° section de cette base avec une pince coupante; 4° raclage de la phalangette avec un bistouri. Pansement ordinaire avec le linge cératé.

En examinant la tumeur, qui est grosse comme une petite noisette, nous la trouvons formée dans toute son étendue de tissu osseux, spongieux, entouré extérieurement par du tissu cartilagineux mince.

11 septembre. La plaie ne se cicatrise pas au point où était l'exostose, il y a de plus un gonflement qui nous fait craindre une récidive.

Le 13. La plaie s'est cependant cicatrisée, mais il reste un peu de tuméfaction qui nous fait toujours craindre une reproduction. Le malade sort et reviendra nous voir dans huit jours (il n'est pas revenu).

OBSERVATION II.

J..... (Gilbert), âgé de 27 ans, cordonnier, est entré le 27 mars 1858 à l'hôpital Cochin. Il s'est aperçu, il y a trois ans, que l'ongle du gros orteil gauche le faisait souffrir. Ayant coupé cet ongle pour se soulager, il a vu s'élever insensiblement en dehors une petite tumeur charnue qui lui causait assez de souffrance pour l'empêcher de marcher à mesure qu'elle s'accroissait. Il a, jusqu'à ces derniers temps, cherché à se soulager en coupant de plus en plus l'ongle, de façon à débarrasser la tumeur d'une partie de la compression douloureuse à laquelle elle était soumise; néanmoins,

depuis quelque temps, il est encore plus gêné pour la marche, ce qui le décide à venir à la consultation, où nous trouvons au côté externe du gros orteil une petite tumeur allongée, comme conique, plus étroite à sa portion libre qu'à sa base; revêtue par le derme sous-unguéal, et d'une consistance osseuse ou cartilagineuse. Après avoir refusé d'abord d'entrer à l'hôpital et s'être fait traiter par la cautérisation pendant environ trois semaines, il se décide à revenir avec une inflammation très-vive et une ulcération de la partie la plus superficielle de la tumeur.

1er avril. Le malade étant endormi par le chloroforme, M. Gosselin lui pratique l'opération suivante : 1° Deux incisions semi-elliptiques à la base de la tumeur; 2° section de cette base avec une pince coupante; 3° raclage de la phalangette avec une rugine. — Pansement ordinaire.

En examinant la tumeur, nous trouvons qu'à sa base, dans la plus grande partie de son étendue, elle paraît enchondromateuse, c'est-à-dire formée de cartilages.

Le 9, la plaie est en partie cicatrisée sans accidents.

Le 16. La plaie est en très-grande partie cicatrisée, mais il reste au côté externe un petit orifice fistuleux qui donne tous les jours un peu de pus, et par lequel le stylet est arrivé ces jours-ci sur la surface dénudée et peut-être nécrosée de la phalange.

Le 20. L'orifice fistuleux persiste toujours; il reste un peu de gonflement, ce qui nous fait présumer une récidive.

Le malade veut sortir. Exéat. Ce dernier malade a été revu ces jours-ci; il est parfaitement guéri.

Voici dans tous leurs détails deux observations que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Foucher, professeur agrégé de la Faculté et chirurgien des hôpitaux; elles ont été recueillies par M. P. Horteloup, interne à l'hôpital Necker.

OBSERVATION III.

M..... (Louise), 20 ans, blanchisseuse.

Cette jeune fille a toujours été d'une bonne santé; elle entre le 13 mars à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, n° 8, pour y être traitée d'une petite tumeur située à la partie interne de l'ongle du gros orteil droit.

Dans le mois de septembre, cette malade éprouva un peu de gêne dans la marche; l'ongle était un peu soulevé à l'angle supérieur et interne : il fut coupé obliquement, et on vit alors une petite tumeur grosse comme une lentille et d'une couleur rosée. La malade alla consulter un médecin, qui lui fit tous les deux jours, pendant six semaines, des cautérisations avec le nitrate d'argent. Les cautérisations eurent l'avantage d'empêcher l'accroissement de la tumeur. Un mois après, on fit des applications d'onguent Canet, mais sans résultat. Aucun traitement pendant les mois de décembre et de janvier. Vers la fin de février, la tumeur, qui avait beaucoup grossi, commença à déterminer des douleurs très-vives : un médecin entoura la tumeur avec un fil de soie pour en opérer la section; mais la malade, souffrant davantage, se décida à entrer à l'hôpital, le 13 mars 1860.

A son entrée, nous constatons l'état suivant : la tumeur est large comme une pièce de 20 centimes, peu douloureuse, ayant l'aspect d'un bouton charnu; elle est aplatie, elle s'étale sur l'ongle et un peu sur le bord interne du gros orteil; en la soulevant, on reconnaît qu'elle est supportée par un pédicule qu'on limite très-facilement, et qui est moitié plus petit que la tumeur. On ne peut lui communiquer aucun mouvement; les autres parties du gros orteil ne sont pas douloureuses.

On diagnostique une exostose sous-unguéale. Cette jeune fille ne peut donner aucun renseignement sur les causes de cette maladie; elle n'a pas eu d'accidents syphilitiques.

M. Foucher se décide pour l'excision de la tumeur, et, le 15 mars, après avoir déterminé l'anesthésie locale au moyen de la glace et du sel, ce chirurgien coupe le pédicule de la tumeur. L'opération ne présenta rien de particulier; on fit recouvrir le doigt avec des compresses d'eau froide. En examinant le pied, on voit que le pédicule est formé d'un tissu-fibro-cartilagineux, la partie externe est constituée par une masse fongueuse.

17 mars. Pas d'accidents; on voit le pédicule d'un aspect blanchâtre.

Vendredi 21. M. Foucher cautérise le pédicule avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 27. La cautérisation n'a nullement fait diminuer le pédicule; on passe un pinceau imbibé d'acide nitrique, et l'on répète cette application le 31 mars : mais il n'y a qu'un très-légère diminution dans le volume du pédicule.

4 avril. M. Foucher fait une application de pâte de Vienne sur le pédicule. L'eschare tombe le 11 avril; le pédicule a beaucoup diminué, on le sent à peine. La malade ne souffre pas; elle quitte l'hôpital le 15 avril.

OBSERVATION IV.

Salle Saint-Pierre, n° 7. B..... (Charles), 17 ans, fondeur en catères; entré le 22 juin.

Ce garçon est blond, pâle, de petite taille, d'un tempérament lymphatique. Il n'a jamais fait de grave maladie. Pas de marques de scrofule; pas d'antécédents syphilitiques. Il y a deux mois et demi, il commença à apercevoir au bord interne de l'ongle du gros orteil droit une petite tumeur; elle prit de l'accroissement sans faire éprouver au malade ni gêne ni douleur. Il y a trois jours seulement, il ressentit un peu de douleur, et dans la journée la marche devint si douloureuse qu'il fut obligé de s'arrêter. Ne pouvant pas marcher davantage, il se décida à entrer à l'hôpital le 22 juin.

État actuel. A la partie interne et antérieure de l'ongle, qui est un peu soulevé, on aperçoit une tumeur formant un grand rebord autour de la moitié interne de l'ongle. Cette grosseur a l'aspect d'une production épidermique; elle est grise, formée d'écailles, indolente; en la saisissant avec les doigts, on peut lui faire éprouver un petit mouvement de latéralité, mais très-peu sensible. Ce dernier signe fait surtout croire à une production épidermique.

Le 23. Pour l'enlever plus facilement, on arrache l'ongle. On voit alors qu'au-dessous de l'ongle, se trouve une petite surface blanche, grosse comme un pois, un peu élevée au-dessous des parties environnantes, et qui se continue avec la tumeur extérieure. En enfonçant le bistouri pour couper cette tumeur, on est arrêté par un pédicule osseux qui se continue avec la phalange. Cet obstacle prouve que l'on a affaire à une exostose sous-unguéale. On met des compresses d'eau froide.

Le 27. M. Foucher procède à l'enlèvement de l'exostose; il choisit le procédé de M. Debrou, qui consiste à enlever la moitié antérieure de la phalange.

Pour cela, il fait une incision antéro-postérieure à la partie supérieure du gros orteil, s'arrêtant à son bord antérieur; il disséqua les deux lambeaux interne et externe, en isolant l'exostose; puis ensuite il disséqua la partie inférieure de la phalangette, en renversa les chairs en bas, et on coupa avec des cisailles la moitié antérieure de la phalange.

La peau présente la même structure que toutes les autres exostoses; il n'y a pas de pédicule bien manifeste, c'est toute la phalange qui s'est élevée en un point. La tumeur extérieure était bien de l'épiderme qui s'est détaché après l'opération de l'exostose, ce qui explique la mobilité.

Le 28. Douleur assez vive au niveau de la plaie; il se plaint de toute la face interne du membre inférieur; il y a quelques ganglions inguinaux durs et douloureux. Pas de vomissements, pas de nausées; 96 pulsations.

Le 29. Céphalalgie, fièvre intense, 120 pulsations ; nausées, grande prostration. L'angioleucite est très-manifeste; traînées rouges, s'étendant sur tout le membre ; adénite. — Frictions mercurielles ; 1 bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 30. Les traînées rouges sont moins manifestes, mais il règne sur toute la jambe une coloration rouge, diffuse, tuméfiée, qui est bien de l'érysipèle ; 120 pulsations. — 12 sangsues.

1er juillet. L'érysipèle a envahi toute la moitié de la cuisse ; grande prostration, céphalalgie, vomissements, 130 pulsations. — 2 verres d'eau de Sedlitz.

Le 2. L'érysipèle a encore gagné ; l'état général est toujours aussi grave.

Le 3. L'érysipèle a envahi toute la cuisse ; elle est couverte de phlyctènes. La rougeur de la jambe est moins vive. 120 pulsations; un peu d'agitation la nuit. — Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 5. L'érysipèle n'a pas augmenté, au contraire, le membre a beaucoup pâli. L'état général est beaucoup meilleur ; 80 pulsations. Le malade demande un peu à manger.

Le 8. Le malade entre en pleine convalescence ; la plaie suppure abondamment.

Le 15, la plaie est presque cicatrisée.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du choc des liquides sur les parois des canaux ; théorie du pouls.

Chimie. — Des caractères distinctifs de l'ammoniaque.

Pharmacie. — Des divers modes de préparation de l'extrait d'opium ; comparer la composition chimique des extraits obtenus par des procédés différents ; étudier les préparations dont l'extrait fait la base.

Histoire naturelle. — Des bases sur lesquelles repose la classification des végétaux en familles naturelles.

Anatomie. — Des anastomoses du nerf glosso-pharyngien.

Physiologie. — Quelles sont les théories de la calorification ?

Pathologie interne. — Des fièvres éruptives.

Pathologie externe. — Des fractures du tibia.

Pathologie générale. — Du ramollissement considéré dans les différents tissus.

Anatomie pathologique. — Des helminthes intestinaux.

Accouchements. — Des tumeurs abdominales qui peuvent faire croire à l'existence d'une grossesse.

Thérapeutique. — Des eaux minérales qui sont spécialement recommandées contre les maladies aériennes.

Médecine opératoire. — De la valeur de la compression comme moyen hémostatique.

Médecine légale. — Des signes de la mort réelle.

Hygiène. — Des circumfusa ; leur énumération et leur classification.

Vu, bon à imprimer.

NÉLATON, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.

